



## QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT

### ATTESTATION

#### **Pour un majeur :**

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM] .....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature de l'adhérent

---

#### **Pour les mineurs :**

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM] ..... en ma  
qualité de représentant légal de [Prénom NOM] .....

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal